MINISTERIO
DE CIENCIA, INNOVACIÓN
Y UNIVERSIDADES

Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS B EN ESPAÑA, 2018

Octubre 2019

Redacción y elaboración del informe:

Este informe ha sido elaborado por Victoria Hernando[1], Marta-Ruiz-Algueró[1] y Asunción Díaz[1] y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

1. Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis, Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Citación sugerida:

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B en España, 2018. Madrid, octubre 2019

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 1

METODOLOGIA 1

RESULTADOS 2

CONCLUSIONES 8

AGRADECIMIENTOS 8

BIBLIOGRAFÍA 9

Anexo I 10

INTRODUCCIÓN

La hepatitis B es una infección de distribución mundial, siendo más frecuente en países de Extremo Oriente y en las regiones del Pacífico Occidental y de África. España se considera un país de baja endemicidad, con una prevalencia de HBsAg entre 0,2% y 0,5% y de AntiHBs entre 4% y 6%, con una infección neonatal, rara; y una infección infantil, infrecuente [(1)].

La hepatitis B se transmite a través de la sangre, saliva o semen, siendo la vía de transmisión más frecuente el uso compartido de material contaminado en personas que consumen drogas por vía parenteral y las relaciones sexuales no protegidas [(2)].

La vacunación en España se inició en los años 90 en adolescentes, grupos de riesgo y recién nacidos y se introduce de manera paulatina en el calendario vacunal de cada Comunidad Autónoma [(3)].

A continuación se presenta la situación de la hepatitis B en el año 2018 y se analiza su evolución de entre 2008 y 2018, según los casos declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

METODOLOGIA

La información sobre Hepatitis B en España se recoge a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la RENAVE [(4,5)]. La notificación de la hepatitis B sólo incluye los casos agudos, pudiendo ser clasificados como casos probables, en aquellos que tienen criterios clínicos y una relación epidemiológica y como casos confirmados, aquellos que tienen criterios clínicos y de laboratorio o con criterios de laboratorio si no hay constancia de antecedentes de enfermedad.

Se han analizado los datos correspondientes al año epidemiológico 2018, que abarca desde el 31 de diciembre de 2017 hasta el 29 de diciembre de 2018, y las tendencias entre 2008 y 2018.

RESULTADOS

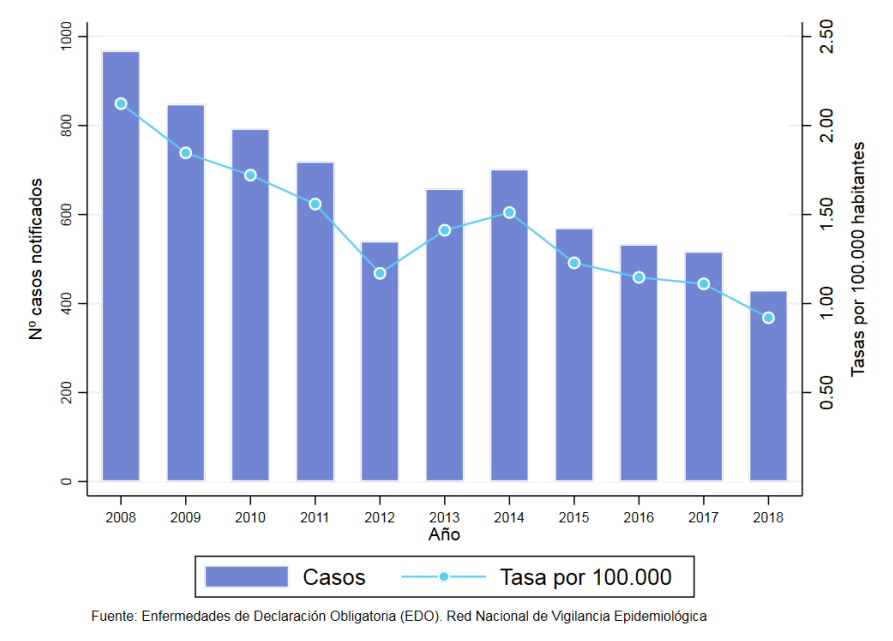
En el año 2018 se notificaron 430 casos de hepatitis B aguda (tasa de incidencia: 0,92 casos por 100.000 habitantes). Desde el año 2008 se ha producido un continuo descenso en las tasas de incidencia anuales, excepto en 2013 y 2014 que se produjo un ligero repunte (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de hepatitis B aguda. España, 2008-2018

Año	Casos	Tasa por 100.000
2008	968	2,12
2009	848	1,85
2010	793	1,72
2011	719	1,56
2012	540	1,17
2013	658	1,41
2014	702	1,51
2015	570	1,23
2016	533	1,15
2017	517	1,11
2018	430	0,92

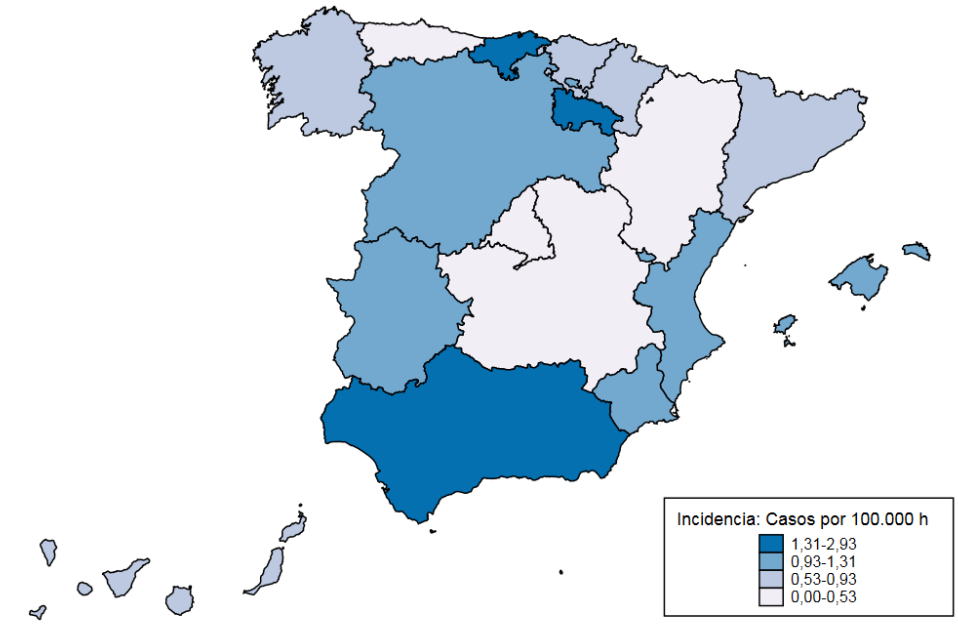
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de hepatitis B aguda. España, 2008-2018



La incidencia de hepatitis B por CCAA en 2018 presenta un rango muy amplio, entre 0,24 y 2,93 casos por 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se registraron en Cantabria (2,92), Ceuta (2,35) y Andalucía (1,74); las más bajas se notificaron en Madrid (0,24), Asturias (0,29), Castilla La Mancha (0,34) y Aragón (0,53). Melilla no notificó ningún caso (Figura 2).

Figura 2. Incidencia de hepatitis B aguda por comunidad autónoma, 2018
Tasas por 100.000 habitantes



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoira (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiolóogica

Características de los casos

De los 430 casos notificados, el 95,1% fueron casos confirmados y el 4,9% probables. El 74,6% (321 casos) fueron hombres, siendo la razón Hombre/Mujer de 2,94. La mediana de edad de los casos fue de 46,5 años (rango intercuartílico (RIC): 38-56); siendo la mediana de edad de hombres y mujeres muy similar (47 años (RIC: 38-56) y 46 años (RIC: 37-57), respectivamente). La distribución de los casos por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

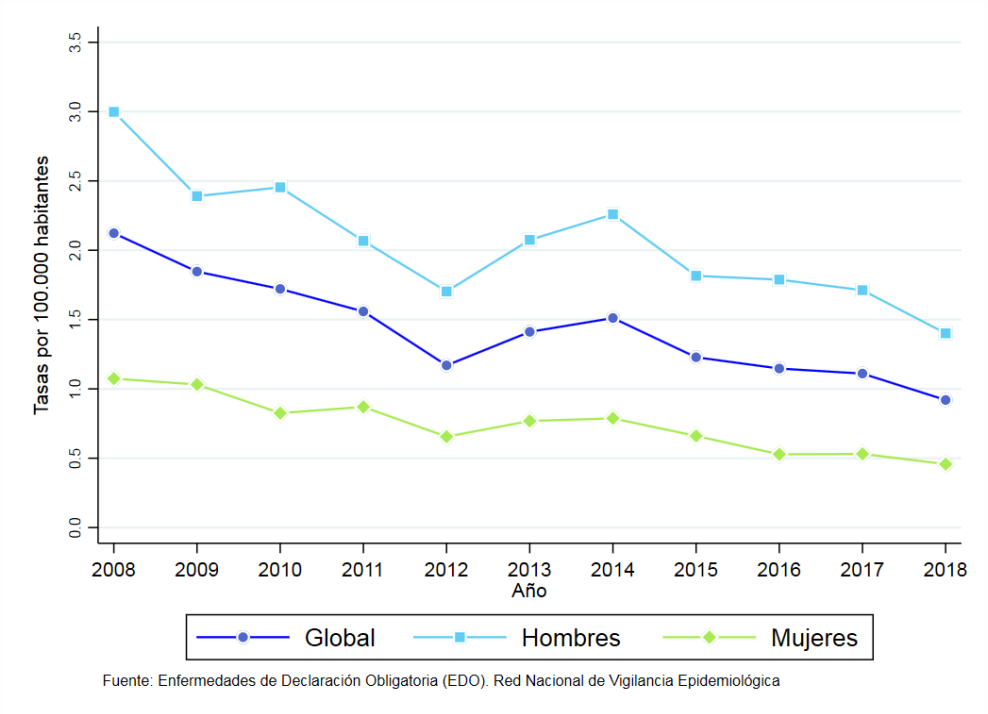
Tabla 2. Número y porcentaje de casos de hepatitis B por edad y sexo, 2018

Grupo edad	Hombre	Mujer	Total
<15	3 (0,9%)	2 (1,8%)	5 (1,2%)
15-19	13 (4,0%)	4 (3,7%)	17 (4,0%)
20-24	14 (4,4%)	2 (1,8%)	16 (3,7%)
25-34	26 (8,1%)	15 (13,8%)	41 (9,5%)
35-44	86 (26,8%)	25 (22,9%)	111 (25,8%)
45-54	79 (24,6%)	27 (24,8%)	106 (24,7%)
55-64	53 (16,5%)	15 (13,8%)	68 (15,8%)
65-74	35 (10,9%)	10 (9,2%)	45 (10,5%)
75-84	10 (3,1%)	5 (4,6%)	15 (3,5%)
>=85	2 (0,6%)	4 (3,7%)	6 (1,4%)
Total	**321 (100,0%)**	**109 (100,0%)**	**430 (100,0%)**

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Las tasas en hombres fueron superiores a las de mujeres en todo el periodo (1,40 y 0,46 por 100.000 en 2018, respectivamente) (Figura 3).

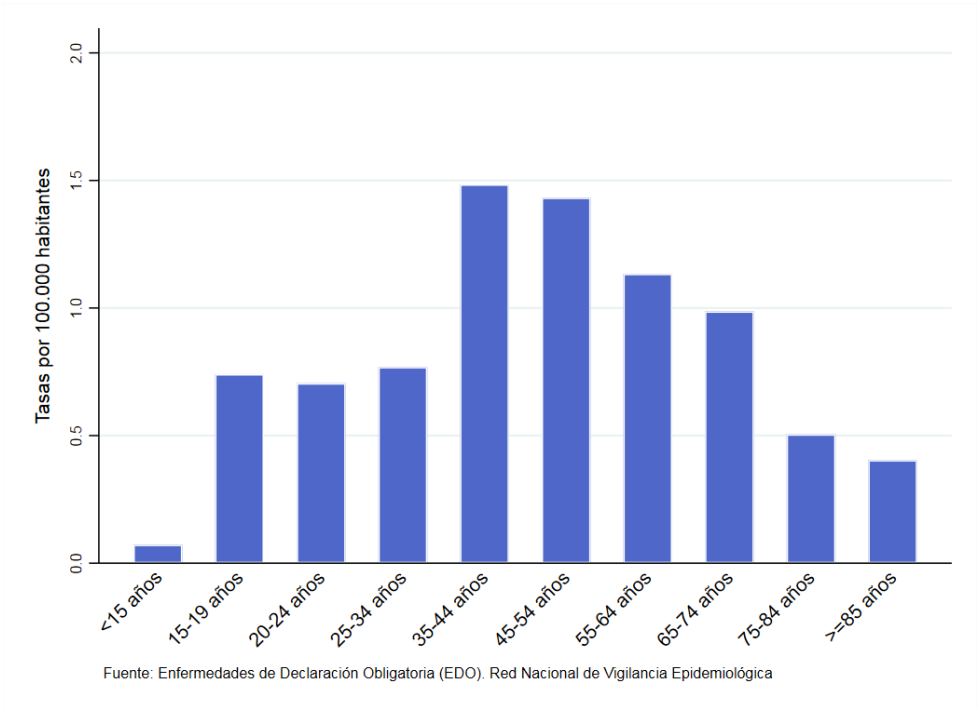
Figura 3. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes de hepatitis B global y por sexo, 2008-2018



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

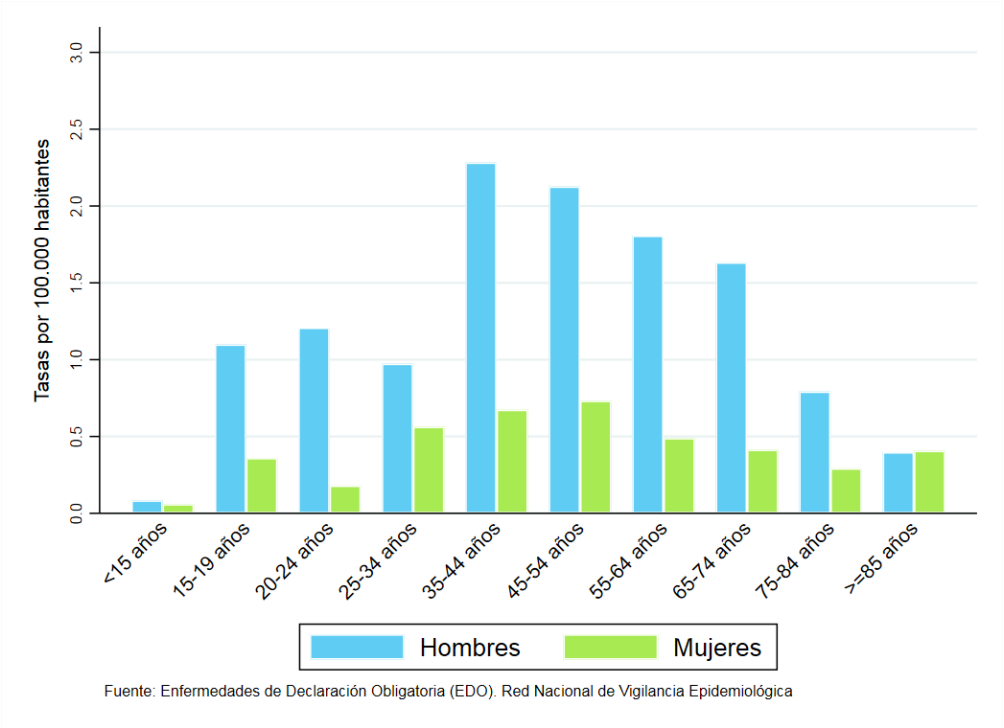
Según edad, las tasas más elevadas se produjeron entre 35 y 44 años (1,48) seguidas del grupo de 45 a 54 años (1,43) (Figura 4).

Figura 4. Incidencia de hepatitis B por grupos de edad, 2018. Tasas por 100.000 habitantes



Por edad y sexo las tasas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grupos de edad. Las más elevadas en ambos sexos se observaron entre los 35 y 44 años (3,20 casos por 100.000 en hombres y de 0,80 por 100.000 en mujeres), seguidas del grupo de 45-54 años (2,81 casos por 100.000 en los hombres y 0,96 casos por 100.000 en mujeres) (Figura 5).

Figura 5. Incidencia de hepatitis B por grupos de edad y sexo, 2018.
Tasas de incidencia por 100.000 habitantes



De los 5 casos notificados en el grupo de menores de 15 años, dos de ellos eran menores de 1 año (3 y 4 meses, respectivamente), otro caso tenía 20 meses de edad y los otros 2 casos tenían 13 y 14 años. En los casos menores de 1 año de edad, una niña era hija de madre española y otra de madre procedente de Marruecos, en ambos casos se desconoce el antecedente de vacunación previo; y el tercer caso, un niño, se desconocía el país de origen de la madre, aunque se declara el caso como importado y se indica que estaba vacunado con tres dosis. De los adolescentes ambos eran hombres, casos importados, uno de Ghana y otro de Mali, y ninguno de los dos estaba vacunado frente a la hepatitis B.

Del total de casos notificados en mayores de 15 años, en 16 casos (3,8%) no se tenía información sobre el país de probable infección o si el caso era importado o no. De los 40 casos (9,4%) notificados como importados, 20 de ellos (50%) procedían de África, 8 (20%) de Europa del Este, 4 (10%) de Asia

y de América Latina, respectivamente, un caso de Reino Unido y en los tres restantes se desconocía el país.

El 23,7% (102 casos) fueron hospitalizados debido a la infección por Hepatitis B, si bien no se disponía de esta información para el 26,3% de los casos. El mayor porcentaje de hospitalización se produjo entre los mayores de 75 años, el 33,3% de los casos (7 casos). Se notificaron cuatro casos de defunción, todos ellos eran hombres y habían estado hospitalizados. La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 70 años (RIC: 53.5-84). Para el 48,8% no hay información sobre esta variable.

Para el 61.2% de los casos no hay información sobre vacunación. Sólo en 5 casos se notificó antecedente de vacunación previa, de los cuales 3 tenían documentada esta vacunación.

Respecto a los factores de riesgo para la adquisición de la infección por el virus de la hepatitis B, hay información solo para el 22,6% de los casos (54 casos). Entre los que si tenían esta información, el 55,6% (30 casos) adquirieron la infección a través de contacto sexual de riesgo.

En un número elevado de casos no hay información sobre antecedentes de vacunación, ni sobre factores de riesgo (porcentaje no cumplimentado: 61% y >95%, respectivamente) (Anexo I).

CONCLUSIONES

- Se remarca la tendencia decreciente de la Hepatitis B, que se mantenía estabilizada en los dos años previos.
- La mayoría de los casos se produjeron en hombres y en adultos jóvenes.
- Para mejorar la información epidemiológica sobre la Hepatitis B, se debería mejorar la cumplimentación de variables como la hospitalización, defunción, vacunación y factores de riesgo.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hepatitis B. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/hepatitisB.pdf.

2. OMS. Hepatitis B. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b.

3. Grupo de Trabajo Criterios 2011, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Criterios de evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de Vacunación en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf

4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm 21, 24/01/1996.

5. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

Anexo I

Cumplimentación de variables

La cumplimentación de las principales variables de análisis es incompleta en muchos casos y varía según las Comunidades Autónomas (Figura 6).

Mientras que las variables sexo, edad o país de nacimiento alcanzan porcentajes de cumplimentación por encima del 75% en todas o casi todas las Comunidades Autónomas, en otras variables que recogen información sobre la defunción del caso o los factores de riesgo para la adquisición de la infección están totalmente incompletas en la mitad o más de las CCAA. En el caso de los factores de riesgo, solo 3 CCAA superan el 50% de cumplimentación.

La cumplimentación sobre vacunación es muy variable, siendo del 100% de los casos notificados en 6 CCAA, pero hay 4 CCAA que no notifican ningún dato sobre esta variable o en menos del 25% de los casos.

Figura 6. Casos de hepatitis B declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Distribución del porcentaje de cumplimentación de las variables de interés por Comunidad Autónoma, 2018

